

小児慢性特定疾病医療費助成事務の手引き

平成27年1月1日から児童福祉法の一部を改正する法律が施行され、新たな小児慢性特定疾病医療費助成制度が始まります。

この手引きでは、新たな小児慢性特定疾病医療費助成制度について紹介いたします。

目次

- 1 小児慢性特定疾病医療費助成事業について
 - (1) 申請から受給者証交付まで P1
 - (2) 小児慢性特定疾病医療費の支給対象について P2
 - (3) 月額自己負担上限額について P2
 - (4) 自己負担上限額管理表について P5
 - (5) 高額な治療を継続する患者について P6
 - (6) 公費負担番号について P6
 - (7) 高額療養費の支給に係る事務の取扱いについて P6

 - 2 指定医療機関・指定医の申請について
 - (1) 指定医療機関の申請について P7
 - (2) 指定医の申請について P8
 - (3) 指定医の申請のための研修について P9
- 別 添
- 1 高額療養費の支給に係る事務の取扱いについて
 - 2 厚生労働大臣が定める認定機関が認定する専門医の資格

石川県健康推進課難病対策グループ
(平成26年12月1日版)

※本手引き及び申請に係る様式等は県HPに随時掲載していきます。

1 小児慢性特定疾病医療費助成事業について

(1) 申請から受給者証交付まで

【対象者】

小児慢性特定疾病にかかっており、認定基準を満たす18歳未満（20歳未満まで延長可能）の方。

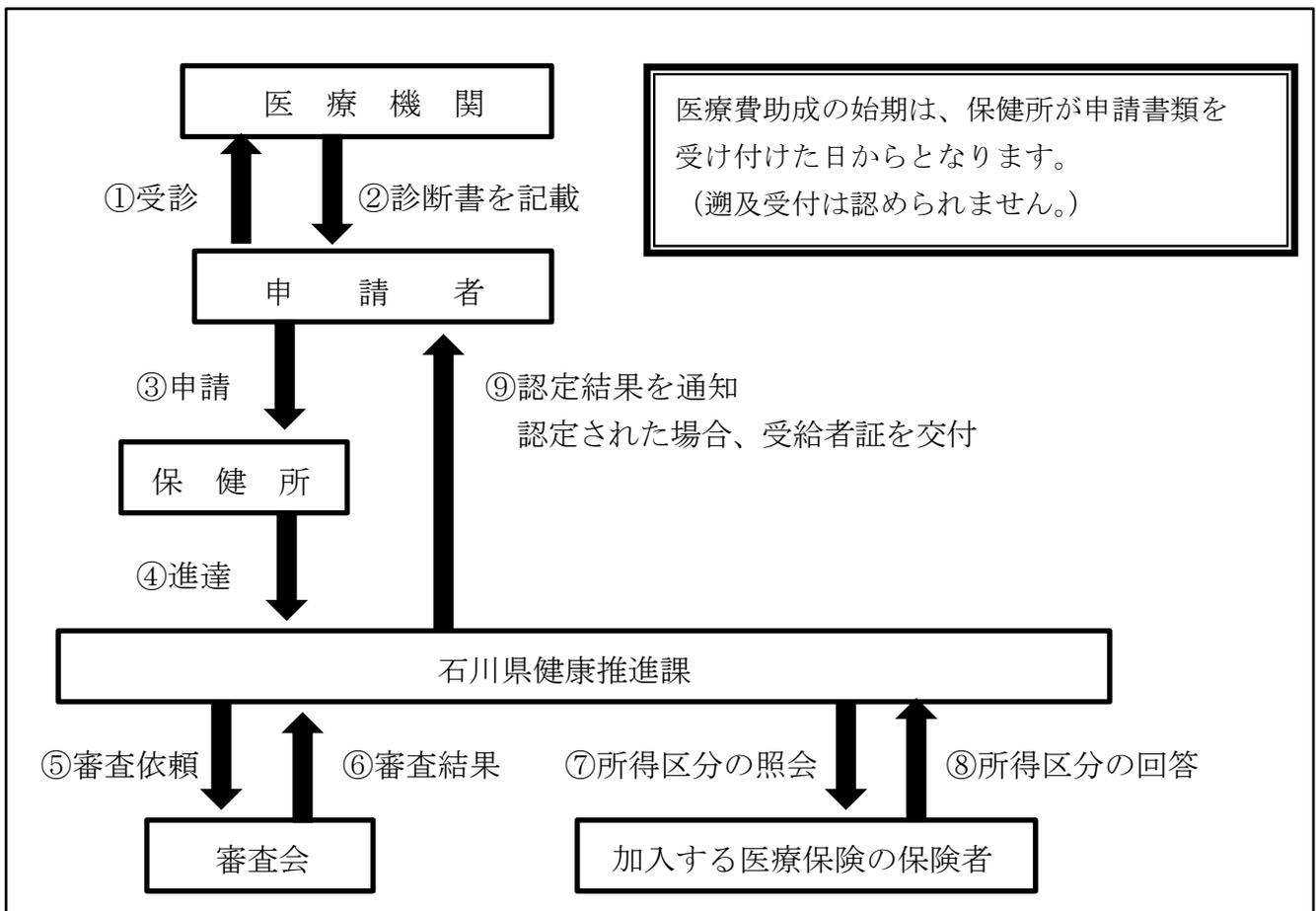
さらに、石川県では、小児慢性特定疾病にかかっており、認定基準を満たさない就学後から18歳未満（20歳未満まで延長可能）の方についても独自に助成対象としています。

【申請の流れ】

住所地を管轄する保健所にて医療費の申請をすることができます。

指定医（P8「指定医の申請について」を参照）が記載した診断書*が必要となります。

※診断書（医療意見書）の様式については、小児慢性特定疾病情報センターのホームページに掲載されています。（<http://www.shouman.jp/>）



(2) 小児慢性特定疾病医療費の支給対象について

小児慢性特定疾病医療費の支給対象となる医療は、小児慢性特定疾病及び当該小児慢性特定疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られています。

【小児慢性特定疾病医療費の支給対象となる医療の内容】

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(3) 月額自己負担上限額について

現行の小児慢性特定疾患治療研究事業との主な変更点は以下のとおりです。

【窓口での負担額の変更】

- ・今まで窓口での自己負担がなかった重症の方、生計中心者の市町村民税が非課税の方についても、窓口で支払いが生じます。
- ・入院時の食事代も自己負担が生じます。
- ・窓口での医療費自己負担割合が3割の方は、2割に引き下げられます。
- ・薬局や訪問看護事業所でも自己負担が生じます。
- ・医療機関等へ支払った自己負担額は、すべて合算した上で、月額自己負担上限額分を負担してもらうことになります。
- ・既に助成を受けている方には、3年間は月額自己負担上限額が減額される経過措置が設けられています。

【月額自己負担上限額の算定方法】

- ・算定の対象者は医療保険上の世帯全員となります。
- ・算定対象の税金については所得税ではなく、市町村民税(所得割)となります。

【月額自己負担上限額の金額・算定方法の主な変更点】

＜現行制度＞

自己負担割合	3割（就学前児童は2割）
自己負担限度額	0円～11,500円
入院・外来の区別	入院・外来の区別あり
入院時の食費	上記の自己負担限度額に含まれる
院外薬局における薬代	自己負担なし
訪問看護にかかる費用	自己負担なし
重症患者	自己負担なし
市町村民税非課税世帯	自己負担なし
人工呼吸器装着者	—
高額な医療費を長期的に支払っている患者	—

＜新制度＞

2割
0円～15,000円
入院・外来の区別なし
2分の1を自己負担 （平成29年12月31日までの3年間は自己負担なし）
月額自己負担限度額に含まれる
月額自己負担限度額に含まれる
自己負担あり （平成29年12月31日までの3年間は自己負担限度額の軽減あり）
自己負担あり
月額自己負担限度額500円
月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上の方は自己負担限度額の軽減あり



月額自己負担上限額表

（単位：円）

年収の目安 （夫婦2人子1人世帯）		患者負担割合：2割					
		自己負担限度額（外来＋入院）					
		原則			既認定者（経過措置3年）		
		一般	重症 （※）	人工呼吸器 等装着者	一般	現行の 重症患者	人工呼吸器 等装着者
生活保護		0			0		
市町村民税 非課税 （世帯）	（～80万）	1,250		500	1,250		
	（80万超～）	2,500			2,500		
市町村民税課税以上7.1万円未満 （～約430万）		5,000	2,500	500	2,500		
市町村民税7.1万円以上25.1万円未満 （～約850万）		10,000	5,000		2,500		
市町村民税25.1万円以上 （約850万～）		15,000	10,000		10,000		
入院時の食費		1/2自己負担			自己負担なし		

※重症：①高額な医療が長期的に継続する者（医療費総額が5万円／月（例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円／月）を超える月が年間6回以上ある場合）、
②現行の重症患者基準に適合する者、のいずれかに該当。

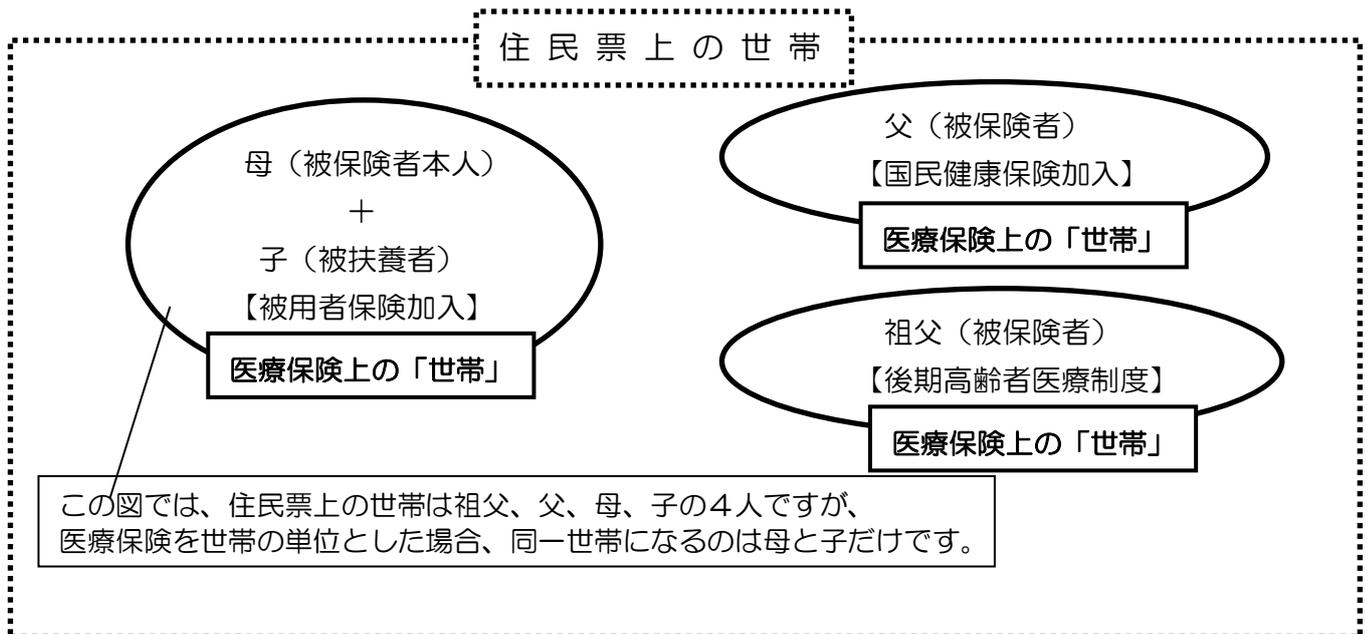
「世帯」の範囲と自己負担限度額の算定について

● 世帯の考え方

これまで：住民票上の世帯

新たな制度：同じ医療保険に加入する人で世帯を構成

加入する医療保険ごとに世帯を数えるため、住民票上は同じ住所に住んでいても、加入する医療保険が異なれば、別の世帯として数えます。

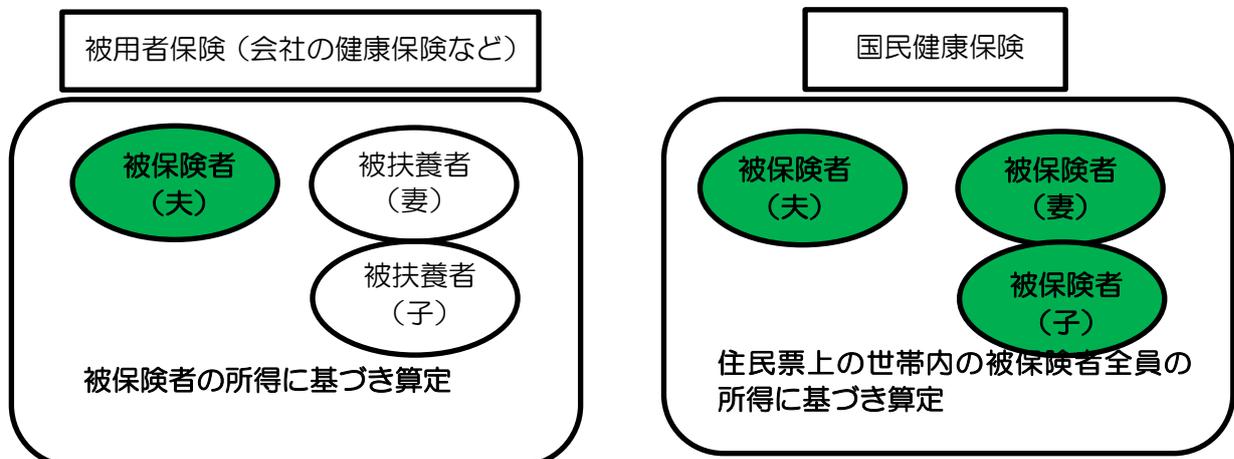


● 自己負担限度額の算定方法

これまで：生計中心者の前年の所得税額により算定

新たな制度：同じ医療保険に加入する人で構成する世帯の、保険料算定対象者の市町村民税（所得割）額により算定

患者ご本人が加入する医療保険の種類に応じて、市町村民税課税証明書をご用意ください。（下図では網掛けされた方の証明が必要です。）



(4) 自己負担上限額管理表について

自己負担限度額は、複数の医療機関の合算額となりますので、医療機関において「自己負担限度額管理表」に患者が支払った小児慢性特定疾病に係る金額を記入していただくことになります。

自己負担限度額管理票は、受給者証の裏面となります。
 表面の受給者証に記載された自己負担上限額を確認し記載してください。
 (記載欄が不足する場合には、県ホームページより取得し、受給者証に添付してください。)

【記載例】

月額自己負担上限額が 10,000 円の場合

指定医療機関名欄はできるだけゴム印を使用し、徴収印、確認印欄には必ず会計担当者印等を押印してください。

〇〇年 △月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
△月××日	〇〇病院	印

日	指定医療機関名	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
■日	△△病院	5,000円	5,000円	印
〇〇日	××薬局	1,000円	6,000円	印
××日	〇〇病院	4,000円	10,000円	印
日				

〇〇病院の小児慢性特定疾病に係る医療費の一部負担金(2割相当額)が4,500円であった場合でも、患者は4,000円を支払うことによって上限額に達するため、4,000円と記載します。
 なお、入院時の食事療養に係る自己負担額は計上しないでください。

累積額が上限に達した時は、上欄に記載してください。
 同月内これ以降は、患者の負担がありません。
 全額公費負担となります。
 (管理表の記入は必要ありません。)

(5) 高額な治療を継続する患者について

小児慢性特定疾病にかかっており月額自己負担上限額が 10,000 円以上の方で、月ごとの小児慢性特定疾病に係る医療費の総額が 50,000 円を超える月が年間 6 月以上ある場合には、月額自己負担上限額の軽減措置があります。

この措置は、通常の医療費助成を受けてもなお負担の重い患者に対して行うものであるため、支給認定を受けた月以降の医療費が確認の対象となります。

受給者証の有効期間内において、上記に該当するとされる場合には支給認定の変更申請が必要です。認定された場合は、申請日の属する月の翌日から月額自己負担上限額が変更されます。

(6) 公費負担番号について

小児慢性特定疾病医療費助成に係る石川県の公費負担番号は「52178019」です。

ただし、既認定者（平成26年12月31日までに小児慢性特定疾患治療研究事業の対象であった方）については、3年間の経過措置期間中は、「52177011」となります。

なお、石川県単独事業の公費負担番号は「82178013」です。

ただし、既認定者（平成26年12月31日までに小児慢性特定疾患治療研究事業の対象であった方）については、3年間の経過措置期間中は、「82177015」となります。

(7) 高額療養費の支給に係る事務の取扱いについて

詳細は別添1を参照してください。

2 指定医療機関・指定医の申請について

(1) 指定医療機関の申請について

小児慢性特定疾病の患者の方が医療費（調剤医療費を含む）の支給を受けるためには、県知事が指定する「指定医療機関」で医療を受けることになります。

「指定医療機関」の指定を受けるためには、県知事への申請の手続きが必要です。（これまで、小児慢性特定疾患治療研究事業の指定医療機関であった場合にも、改めて申請が必要です。）

【指定医療機関の要件】

①以下の医療機関等であること

- ・ 保険医療機関
- ・ 保険薬局
- ・ 健康保険法（第 88 条第 1 項）に規定する指定訪問看護事業者

②児童福祉法（第 19 条の 9 第 2 項）に規定する欠格要件に該当しないこと。 （申請書の裏面参照）

【指定医療機関の責務】

- ① 指定医療機関の診療方針は、健康保険の診療方針の例によるほか、指定医療機関は、良質かつ適切な医療支援を行わなければならない。
- ② 指定医療機関は、小児慢性特定疾病患者に対する医療支援の実施に関し、知事の指導を受けなければならない。

【新規申請について】

- ① 申請書を、石川県あてに提出してください。
- ② 申請後、石川県より指定通知を送付するほか、医療機関の名称、所在地、電話番号、標榜している診療科名を県のホームページにて公表します。

【更新申請について】

指定の有効期間は、指定決定日から 6 年間です。原則 6 年毎に指定の更新申請が必要になります。県へ更新の申請がない場合、その期間の経過によって指定の効力を失います。

【変更届出について】

以下について変更があった場合は、県に届出が必要です。

- ①指定医療機関の名称、所在地
- ②開設者の住所、氏名または名称
- ③標榜している診療科名（病院または診療所の場合）
- ④役員の氏名及び職名

【辞退申出について】

指定医療機関は、1月以上の予告期間を設けて、指定医療機関の指定を辞退することができます。指定を辞退しようとするときは、県へ辞退の申出を行ってください。

(2) 指定医の申請について

小児慢性特定疾病の患者の方が医療費助成の申請を行うためには、県知事が指定する「指定医」が作成した診断書が必要となります。

指定医の指定を受けるためには、県知事への申請の手続きが必要です。

【指定医の要件】

診断または治療に5年以上従事した経験を有する医師であって、以下のアまたはイのいずれかに該当するもの

ア 厚生労働大臣が定める認定機関が認定する専門医の資格（別添2参照）を有すること

イ 知事が行う研修を修了していること

（研修については、P9「指定医の申請のための研修について」を参照）

【指定医の役割】

・小児慢性特定疾病医療費助成の支給認定申請に必要な診断書（医療意見書）を作成すること。

（なお、診断書については今後電子化されることが予定されており、現在システムを厚生労働省において開発中です。）

【新規申請について】

①申請書を、石川県あてに提出してください。

②申請後、石川県より指定通知を送付するほか、氏名、勤務する医療機関の名称・所在地・電話番号、担当する診療科名を県のホームページにて公表します。

③異動等により主な勤務地が他都道府県等から石川県となった場合は、改めて申請が必要です。

【更新申請について】

指定の有効期間は、指定決定日から5年間です。5年毎に指定の更新申請が必要になります。県へ更新の申請がない場合、その期間の経過によって指定の効力を失います。

【変更届出について】

以下について変更があった場合は、県に届出が必要です。

- ① 氏名、連絡先、住所
- ② 勤務する医療機関に変更があったとき

【辞退届出について】

指定医は、60日以上の予告期間を設けて、指定を辞退することができます。
指定を辞退しようとするときは、県へ辞退の届出を行ってください。

(3) 指定医の申請のための研修について

研修による指定医の指定を受けようとする方については、県が実施する研修を受講いただく必要があります。

研修の詳しい内容については、詳細が決まり次第各医療機関にご連絡いたします。

なお、新制度への円滑な移行のため、診断及び治療に5年以上従事したことがあり、かつ、平成29年3月31日までに知事が行う研修を受ける意志がある場合、指定医として申請ができます。

この特例措置により申請された方につきましては、県より研修の案内をいたします。